

Särskilt boende för äldre under kortare tid

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett **Underlag från experter**. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet som tas fram av huvudsakligen externa experter på uppdrag av Socialstyrelsen. Experternas material kan ge underlag till myndighetens ställningstaganden. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser.

Förord

I juni 1998 antog riksdagen en nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Handlingsplanen trädde i kraft 1999 och löper fram till och med 2001 och den innefattar tre huvudsakliga delar. Statsbidraget till kommuner och landsting kommer successivt att ökas under treårsperioden för att skapa möjligheter för huvudmännen att väsentligen utveckla äldrepolitiken. En annan viktig beståndsdel i handlingsplanen var att lägga fast nya målformuleringar för den framtida äldrepolitiken. En sista del innefattar en rad initiativ och åtgärder för att utveckla olika aspekter av vården och omsorgen för de äldre i Sverige.

Med utgångspunkt från de bristområden som identifierades av regeringen, angavs att *"Regeringen förväntar sig att förbättringar sker i första hand inom ovan redovisade områden. Socialstyrelsen kommer som en komplettering till sitt äldreuppföljningsuppdrag att få som särskild uppgift att följa vilka förbättringar kommunerna uppnår och årligen under perioden 1999–2001 redovisa detta."*

I föreliggande rapport presenteras en studie beträffande korttidsboende för äldre. Rapporten har utarbetats av *Gabriella Svensson*, fil. mag. och *Bo Malmberg*, docent vid Institutet för Gerontologi, Jönköping. Författarna svarar själva för rapportens innehåll och slutsatser.

Ansvarig på Socialstyrelsen för studiens genomförande har varit *Lennarth Johansson*.

Ulla Höjgård
Direktör, chef för Äldreenheten

Innehåll

SAMMANFATTNING	7
BAKGRUND	9
NÅGRA BAKGRUNDSDATA	12
SYFTE OCH URVAL.....	15
SYFTE.....	15
URVAL	15
METOD.....	16
RESULTAT	17
KORTTIDSVÅRDENS UTFORMNING.....	17
<i>Platser.....</i>	<i>17</i>
<i>Beslut om inflyttning.....</i>	<i>17</i>
<i>Avgifter.....</i>	<i>17</i>
KORTTIDSVÅRDENS SYFTE	18
VÅRDTAGARNAS STATUS	21
LÄKEMEDEL.....	23
PERSONALMEDVERKAN.....	23
PLANERING FÖR UTSKRIVNING FRÅN KORTTIDSBOENDET	24
VAR KORTTIDSVÅRDEN MOTIVERAD?	25
DISKUSSION	26
REFERENSER.....	31

Sammanfattning

Kunskapen om korttidsvårdens funktion, innehåll och kvalitet är ytterst begränsad såväl internationellt som när det gäller svenska förhållanden. För att belysa oklarheter som finns i korttidsvårdens innehåll, tog Socialstyrelsen initiativ till en undersökning våren 2002. Syftet med denna kartläggning av korttidsvården har varit att söka kunskap om det kommunala korttidsboendets roll och funktion samt undersöka vilka vårdtagare som använder korttidsvårdsplatserna.

Undersökningen bygger på ett urval äldreboenden eller enheter från en tidigare undersökning av kommunala särskilda boendeformer. De kommuner som i denna tidigare undersökning uppgivit att de hade speciella korttidsboenden, eller enheter med korttidsvård, utgjorde urvalet. Undersökningen kom att omfatta 23 enheter från 17 olika kommuner. På enheterna var 339 personer inskrivna för korttidsvård och för 315 av dessa har uppgifter lämnats.

Resultatet av undersökningen visade att det vanligen krävs ett biståndsbeslut för att få en plats i korttidsvården men att en korttidsvårdsplats i enstaka fall, kan beläggas av en sjuksköterska. Vid denna kartläggning var 87 procent av platserna belagda. När det gäller avlösningsvård är det ju naturligt att de flesta vårdtagarna kommer till korttidsvården via hemmet. Vi såg att rehabiliteringsvårdtagarna företrädevis kom från sjukhuset, men att det inte var så stor skillnad när det gällde övriga orsaker. Bland de som hade korttidsvård av organisatoriska skäl (framförallt i väntan på permanent plats i särskilt boende) var det i stort sett lika vanligt att vårdtagarna kom från hemmet som från sjukhuset. Att korttidsvården primärt skulle fylla en funktion för de medicinskt färdigbehandlade får inget direkt stöd i denna undersökning. Vårdtagarnas fysiska och psykiska status ställer stora krav på vårdpersonalen. Det var en stor andel av vårdtagarna som hade vårdkrävande diagnoser som hjärt-kärlsjukdomar och neurologiska sjukdomar. Detta innebär att ADL förmågan var starkt begränsad för flera av vårdtagarna. Personalen måste assistera två tredjedelar av vårdtagarna vid toalettbesök, hjälpa 40 procent vid förflyttning och assistera nästan lika många vårdtagare mer eller mindre vid måltiderna. Klart över hälften hade i denna undersökning någon form av minnesstörning och en femtedel hade någon demensdiagnos. Många av de äldre vårdtagarna hade ett stort antal regelbundet ordinerade läkemedel. Det ställer krav på läkarmedverkan i korttidsvården.

De kriterier som fanns för bistånd genom korttidsvården var inte särskilt specifika vilket tyder på att korttidsboendena inte hade en speciell inriktning. Enheter med inriktning mot en specialitet skulle troligen kunna ge en bättre vård och kunna ha en mer kompetent personal för sin specialitet. Vid en blandad korttidsvård kan det också vara svårt att motivera varför vården

skiljer sig åt mellan olika vårdtagare t.ex. varför en vårdtagare får rehabilitering men inte en annan. De som använder avlösning och rehabilitering tycks också vara de som utnyttjar korttidsvården under kortast tid, vilket skulle kunna vara en fördel vid en specialisering av vården. Detta skulle kunna användas som argument för att vika begreppet korttidsvård för dessa vårdformer men de kännetecknas också väl av sitt innehåll tjänar sannolikt i längden på att utvecklas som rehabiliteringsverksamhet respektive avlösning. Kanske kunde man samla avlösning och rehabilitering under samma tak.

Sammanfattningsvis kan alltså en specialisering av korttidsvården vara önskvärd ur kvalitetssynpunkt. En sådan specialisering ställer större krav på målsättning för vistelsen för individen och är sannolikt nödvändig för att garantera tillräckliga kvaliteter i vården.

Bakgrund

Korttidsvård i form av en tidsbegränsad vistelse i en alternativ boende- eller vårdform, vanligtvis efter en sjukhusvistelse, har funnits i det svenska vårdsystemet i säkert mer än 30 år. Korttidsvårdens kronologi består av två distinkta perioder; tiden fram till genomförandet av Ädelreformen, respektive tiden därefter. Före 1992 var korttidsvård något som i huvudsak bedrevs i landstingens regi. Ett gammalt välbekant exempel är konvalescenthemsvården, som innebar möjlighet till någon form av behandling eller rehabilitering, men framförallt en plats för en patient att återhämta själsliga och kroppsliga krafter. Denna typ av vård fanns tillgänglig i hela landet och den var inte förbunden med någon särskild diagnos eller ålder, även om det ofta hände att äldre personer erbjöds denna möjlighet.

På 1970-talet och än mer påtagligt under 1980-talet, när vården av äldre i hemmet byggdes ut, visade det sig att det fanns ett behov av s.k. avlastningsplatser för anhöriga samt platser för tidsbegränsade rehabiliteringsvistelser för att underhålla funktionsförmågan hos dem som vårdades hemma. På många håll i landet var det naturligt att arrangera dessa former av korttidsvård på de (lokala) sjukhemmen, men ibland också på någon långvårdsklinik. På en del orter utformades en mer strukturerad verksamhet, där man framförallt erbjöd (äldre) personer som var inskrivna i hemsjukvården, tillfällig vård, behandling och omsorg. I viss utsträckning erbjöds också vård i livets slutskede. Parallellt med detta förekom i de flesta kommuner, att man vid framförallt ålderdomshemmen, hade ”gästplatser” som användes för tillfälligt bruk.

Redan i mitten av 1980-talet förutspåddes i ett Allmänt råd från Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 1986) att de lokala sjukhemmens funktion fram mot år 2000 skulle förändras till att ... ”framförallt vara en resurs för att öka de äldres möjligheter att bo kvar hemma... Verksamheten kommer att vara inriktad på en tidsbegränsad vistelse där rehabilitering eller aktivering, växelvård och avlösning av anhöriga är viktiga insatser” (sid. 32). Denna uppfattning återkom också i Äldreberedningens betänkande ”Äldreomsorg i Utveckling” (SOU 1987) där man i avsnittet om stöd i eget boende tar upp att... ”Vid mer intensiva skeden av rehabilitering kan det vara aktuellt med **tillfällig vård** vid sjukhem eller långvårdsklinik” (sid. 129). På ett annat ställe skriver man att ... ”de lokala sjukhemmens vårdplatser... bör i första hand vara avsedd för personer som **tillfälligt behöver omfattande tillsyn och hjälp**,... vid intensiva skeden av rehabilitering, för avlastning av den sociala hemtjänsten eller närstående vårdare eller vid tillfälliga försämringar av hälsotillståndet hos den som vårdas i hemmet.” (sid. 149–150).

Sjukhemmen som platsen för korttidsvård framhölls också i rapporten ”Ansvaret för Äldreomsorgen” (Äldredelegationen 1989) där man anger att

sjukhemmen kommer att få en tudelad funktion; tillfällig vård och permanent boende. När det gäller det tillfälliga boendet anger man dels träning och rehabilitering och dels växelvård, som främsta målsättning för vistelsen. I regeringens proposition inför Ädelreformen (Regeringens proposition 1990) framhålles att det är av stor vikt att kommunerna får ta över ansvaret för såväl långvarig vård som kortvarigt stöd. Man skriver: *”Dessa insatser är mycket viktiga för att öka flexibiliteten i kommunernas samlade äldre- och handikappomsorg. Genom att förfoga över resurser för rehabilitering, växelvård och avlastning förbättras stödet i det egna boendet. Kommunerna bör med kort varsel kunna erbjuda sådana vistelser vid en särskild boendeform”* (sid.54).

Korttidsvårdens utveckling de senaste åren har inte lämnat några mera påtagliga spår i offentligt tryck. Men i t.ex. Kommunförbundets rapport *Vår Framtid – Äldres vård och omsorg inför 2000-talet* (Alaby 1999), framhålles att... *”Behovet av korttidsboende för olika syften och målgrupper behöver analyseras närmare”* (sid 63).

Korttidsboendet har nyligen också behandlats i en statlig beredning, *Bo tryggt – Betala rätt*, (SOU 1999) där man i slutbetänkandet förordade en lagändring inom SoL. Något förenklat skulle detta innebära att korttidsboendet ses som en *”tillfällig insats”* (s. 65), och att *”kommunernas skyldighet att erbjuda korttidsboende tydliggörs genom ett tillägg i 20§ SoL”* (s.16).

Rent volymmässigt har korttidsvården – eller korttidsboende som det allt oftare kallas – expanderat kraftigt under 1990-talet, vilket framförallt är en konsekvens av Ädelreformen. När kommunerna fick betalningsansvaret för färdigbehandlade patienter, uppstod ett behov av vårdplatser för att ”ta hem” patienter från sjukhuset för att undvika att behöva betala ”straffavgift” för patienter som är bedömda att vara medicinskt färdigbehandlade. Behov av någon slags ”mellanstation”, mellan sjukhuset och det egna hemmet har tagit sig olika uttryck. Ett exempel är de s.k. observationsplatserna som man fortfarande har på sjukhem i många norrlandkommuner. Detta är ett pragmatiskt sätt att lösa plötsliga behov av tillsyn, t.ex. när något akut tillstötter vid kronisk sjukdom hos äldre och då alternativet kanske ofta skulle vara långa och riskfyllda transporter till sjukhus eller då en sjukhusinläggning inte självklart skulle innebära något mervärde för den äldre.

På grund av platsbristen i Säbo och den ökade vårdtyngden i hemvården överhuvudtaget, har antalet korttidsplatser fortsatt att öka på senare år. Idag används korttidsvården för många olika ändamål som eftervård efter sjukhusvistelse, utredning och diagnostik, rehabilitering, avlösningvård, vård i livets slutskede, ”akutplats” eller som ”svikt”/och observationsplatser. I många fall fungerar korttidsvården som en slags ”vänthall”, där personen vistas i avvaktan på att något skall hända i någon annan del av systemet. Vänthallsfunktionen innebär ibland en påtaglig blandning av patientklientelet, vilket kan betyda att personer med skilda problem och behov vårdas och vistas på samma plats. Inte så sällan finns också korttidsvården samlokaliserad med något permanent boende, vilket innebär att det i samma byggnad

kan finnas många typer av vårdverksamheter med olika inriktning och karaktär.

En ”vänthallsfunktion” inom vårdsystemet är ingalunda unikt för Sverige, utan återfinns också i övriga skandinaviska, liksom i de flesta anglosaxiska länder. I en kartläggning av korttidsvården i Storbritannien påpekar författaren (Steiner 1997) att det finns en oenighet i målsättningen med korttidsvård. Målsättningen kan vara tillfrisknande (eventuellt med rehabiliteringsinsatser), att underlätta för vårdtagaren att bo kvar i hemmet eller kan korttidsvården ge tid för att finna andra lämpliga vårdalternativ. I den otydlighet som uppkommer genom den disparata målsättningen finns ett problem genom att kvalitetsutveckling och verksamhetsuppföljning är beroende av en tydligt uttalad målsättning. I Frankrike utgör den typ av korttidsvård ett slags alternativ till akutsjukvård eller en hållplats på väg ut från sjukhus. Mer specialiserad korttidsvård, t.ex. i rehabiliteringssyfte bedrivs oftast vid särskilda enheter eller institutioner.

En undersökning av korttidsvården på sjukhem i Norge vars syfte var att förebygga permanent boende visade att vårdtagarna som använde denna vårdform var skröpliga. De hade stort vårdbehov, var mycket funktionshämjade och hade ofta sjukdomar i cirkulationsorganen vilket riskerar inverka menligt på den förebyggande funktion som vårdformen var tänkt att ha. Över hälften av vårdtagarna var på sjukhemmet för avlösning av anhöriga, en fjärdedel för rehabilitering och en femtedel för observation. Majoriteten kom från det egna hemmet (80 procent) men bland de vårdtagare där syftet med vården var rehabilitering kom de flesta (två tredjedelar) från sjukhuset. Tre fjärdedelar av vårdtagarna återvände efter korttidsvården på sjukhemmet till sitt eget hem medan 15 procent flyttade in på permanent boende. (Lauvli 1996). Dessa siffror kan jämföras med siffror från en undersökning i Sverige från början av 1990-talet som visade att 65 procent av vårdtagare i korttidsvård återgick till hemmet medan 12 procent blev permanent boende (Socialstyrelsen 1994a).

Några bakgrundsdata

Idag är kunskapen om korttidsvårdens funktion, innehåll och kvalitet ytterst begränsad såväl internationellt som när det gäller svenska förhållanden. Det saknas tillförlitliga data, man vet inte hur många platser det finns i landet och än mindre hur de fungerar. Det är svårt att få grepp om korttidsvården eftersom det visserligen finns korttidsplatser som är öronmärkta för ändamålet men också tillfälliga, dvs. man använder tillfälligt lediga permanenta platser till korttidsvård. Hur korttidsvården är upplagd rent organisatoriskt kan också skilja sig åt. Allt ifrån särskilda enheter som enbart har korttidsvård, antingen inriktad på en specialitet t.ex. rehabilitering eller med en blandning av olika korttidsvårdsformer. Det kan också finnas korttidsavdelningar integrerade i andra särskilda boende. En annan konstellation är insprängda korttidsplatser på permanenta boende som antingen kan vara helt fristående och ingå i det permanenta boendets organisation eller så kan platserna vara kopplade till en korttidsavdelning.

Det finns också på vissa platser i landet försök med korttidsavdelningar som skall fungera som en brygga mellan sjukhusvård och kommunal vård där både kommun och landsting står som huvudmän (Hanberg m.fl. 2000, Behr & Wiklund 2002). Saken blir inte bättre av att det råder en påtaglig begreppsförvirring på området. Starkt förenklat handlar det om en polarisering mellan begreppet korttidsvård och korttidsboende, något som förstärktes i och med Ädelreformen. Det förstnämnda begreppet hör hemma i landstingsvärlden och betonar *vård*-funktionen, medan det andra betonar *boende*-funktionen och det som är förknippat med vardagslivets villkor. Med dessa olika benämningar följer också en rad associationer, t.ex. att det är självklart att en *vård*funktion också skall upprätthållas av sjukvårdspersonal inklusive läkare, det skall finnas en vårdplan för den enskilde, tydlig målsättning med verksamheten osv. Med en *boende*inriktad verksamhet kan man tänka sig att andra värden skall stå i förgrunden, framförallt med inriktning på kvalitet i boendet och innehållet i vardagen. I ett policydokument för korttidsboende i Borås som gäller från 2002-08-15, slår man fast att man vill renodla olika former av korttidsverksamheter och att distinkta kvalitetsstandards gäller boendefunktionen snarare än vårdfunktionen.

Sedan kan man förstås också fråga sig vad **kort tid** i begreppet korttidsvård/-boende egentligen står för: handlar det om veckor, månader eller kvartal? Kanske skall korttid förstås som en markering av i denna verksamhet vårdas, behandlas, omhändertas människor under viss tid, varefter vederbörande flyttar vidare eller ”går hem” igen. Hur lång period vederbörande vistas i korttidsboendet är inte preciserat på förhand, utan bestäms utifrån omständigheterna. Men, ingen avvecklar sitt boende för att flytta definitivt till ett korttidsboende.

Det är först under 1990-talet som uppgifter om korttidsvården/-boendet sammanställts på nationell nivå. Från 1993 till och med 1997 samlades det in uppgifter inom socialtjänststatistiken på antalet ”**växelvårds- och avlösningsplatser**”, vilka uppgick till 6 282 platser år 1997, motsvarande 4,2 procent av det totala platsantalet i Säbo detta år. Från 1998 användes följande definition: Med **korttidsvård** avses behovsprövat stöd enligt socialtjänstlagen och/eller hälso- och sjukvårdslagen, i form av tillfälligt boende förenat med behandling, rehabilitering och omvårdnad för bl.a. avlösning och växelvård. Statistiken omfattade antalet personer med korttidsvård den 1 november, samt antalet boendedygn under november månad respektive år. Uppgifter från 1999 visar att drygt 8000 personer 65 år och äldre fick korttidsvård den 1 november och antalet boendedygn uppgick till drygt 191 000, vilket i sin tur är en ökning med 30 000 jämfört med året innan.

Från och med år 2000 har man ändrat definitionen av uppgifter man samlar in till följande: Med **korttidsvård/korttidsboende** avses tillfälligt boende i särskilda boendeformer förenat med behandling, rehabilitering och omvårdnad för bl.a. avlösning, växelvård och eftervård. Uppgifter från år 2000 visar att ca. 9 800 personer erhöll korttidsvård den 1 oktober, dvs. en ökning med drygt 17 procent jämfört med året innan. Intressant är att notera att ca 16 procent av de korttidsvårdade återfanns i verksamheter som drevs i enskild regi, vilket kan jämföras med ca. 5 procent år 1999.

Uppgifter från socialtjänststatistiken från år 2001, bryter dock det tidigare mönstret. Detta år redovisades en minskning med antalet korttidsvårdade med drygt 1200 personer eller 13 procent under det senaste året (www.sos.se/sos/stat.htm). Om detta är en tillfällig eller bestående minskning, eller om den kan förklaras av administrativa/”mättekniska” skäl, återstår att se.

För att hitta uppgifter utöver ovannämnda, får man gå till specialstudier. Inom ramen för Ädelutvärderingen fann man i ett par studier att 13 respektive 10,5 procent av sjukhemsplatserna utnyttjades för korttidsvård (Socialstyrelsen 1994b, 1996). Inom Äldreuppdraget fann man i en studie (Socialstyrelsen 1998a) att bara några procent av sjukhemsplatserna nyttjades för korttidsvård, men på en efterföljande fråga framkom att drygt 80 procent av sjukhemmen hade någon form av specialiserad funktion, vanligtvis det som man brukar inrymma i begreppet korttidsvård.

I en studie som avsåg att kartlägga avlösning och växelvård i ett 70-tal kommuner i landet (Socialstyrelsen 1998b) framkom att det fanns stora oklarheter beträffande hur stora resurser man egentligen hade för denna verksamhet, dvs. det var oklart hur många platser som var speciellt avsatta för avlösning/vård. Bristen på målsättning, struktur och kompetens inom avlösning/verksamheten, framhölls också som ett hot mot kvaliteten i denna typ av korttidsvård.

Frågan om korttidsvårdens funktion och kvalitet måste samtidigt ses mot bakgrund av att boende/vårdtiderna i vissa former av Säbo blir allt kortare. I

den tidigare nämnda sjukhemsstudien från 1998, framkom att 38 procent av de boende hade en boendetid på sex månader eller mindre. Det är alltså en ganska betydande del av dem som flyttar till Säbo av sjukhemskaraktär som endast bor där under en kortare tid.

Detta förhållande bekräftades ånyo i Socialstyrelsens kartlägningsstudie av Säbo våren 2001. Underlaget bestod av ett urval av ungefär en fjärdedel av de särskilda boendena i landet. Studien visar att mer än hälften av samtliga boende vistats i det särskilda boendet mindre än två år. Alltså tycks boendetiderna bli allt kortare, speciellt i verksamheter av sjukhemskaraktär. I kartläggningen belyses också förekomsten av platser med specialiserad inriktning på korttidsvård. Av de drygt 700 enheter som svarade på frågan om specialiserad verksamhetsinriktning inom Säbo angav ungefär 40 att man bedrev "avlösningssverksamhet", drygt 80 procent "omvårdnad av dementa", och en tredjedel "rehabilitering". Tjugotvå enheter uppgav explicit att man erbjöd "korttidsboende" och en enhet angav "korttidsvård". Det var framförallt beträffande avlösningssvård för anhöriga och omsorg om dementa som man hade särskilt avsatta platser (Socialstyrelsen 2001).

Syfte och urval

Syfte

För att belysa en del av de oklarheter som finns i korttidsvårdens innehåll, har en undersökning genomförts i Socialstyrelsens regi. Syftet med denna kartläggning av korttidsvården har varit att söka kunskap om det kommunala korttidsboendets roll och funktion samt undersöka vilka vårdtagare som använder korttidsvårdsplatserna.

Urval

Undersökningen bygger på ett urval äldreboenden eller enheter från en tidigare undersökning av kommunala särskilda boendeformer (Socialstyrelsen 2001). De kommuner som i denna tidigare undersökning uppgivit att de hade speciella korttidsboenden, eller enheter med korttidsvård, utgjorde urvalet i den undersökning som vi presenterar här, och som kom att omfatta 23 enheter från 17 olika kommuner. På dessa enheter uppgavs 339 personer vara inskrivna för korttidsvård och för 315 av dessa har uppgifter lämnats. Bortfallet på 24 personer kommer framför allt från en stor korttidsboende-enhet. Genom att det urval som undersökningen baserats på saknar uppgifter från korttidsvård/-boenden som inte uppfattats som någon sammanhållen enhet är det olämpligt att generalisera resultaten till korttidsboende i stort.

Metod

I var och en av de kommuner som lämnat uppgift om att det fanns enheter i deras kommun som bedrev korttidsvård enbart tog vi kontakt med någon nyckelperson. Två olika typer av enkäter skickades ut till de utvalda korttidsboendena. En enkät omfattade uppgifter om korttidsenhetens verksamhet och en enkät innehöll individuella uppgifter för varje vårdtagare som befann sig på korttidsenheten vid inventeringstillfället. Ambitionen var att uppgifter skulle registreras för en enstaka dag, som verksamheterna själv bestämde, under mars månad. Av många olika skäl kom de inventeringsdatum som verksamheterna valde att sträckas ut över åtta veckor under hela våren 2002. Eftersom varje enhet valt att beskriva verksamheten och vårdtagarna under en enstaka dag, tror vi att vi trots allt fått en ganska bra ögonblicksbild av verksamheten. Det finns ju ingen stor orsak att tro att verksamheten fluktuerar på ett systematiskt sätt under en bestämd tidsperiod och om så vore är det ju närmast en fördel att en längre tidsperiod täckts av.

De inkomna enkäterna har kodats och bearbetats med hjälp av statistikprogrammet SPSS. De skillnader vi uttalar oss om har signifikanstestats och visat sig vara större än vad som kan förväntas av ren slump på 5 procentsnivå, dvs. skillnader av denna storlek uppkommer av ren slump högst en gång på tjugo.

Resultat

Korttidsvårdens utformning

Platser

Som tidigare nämnts kan korttidsvården vara organiserad på olika sätt. Av de 23 korttidsboende som ingick i undersökningen var det nio boende som uteslutande fungerade som ett korttidsboende medan de övriga 14 uppgett att det även fanns platser för permanent boende på enheten.

Antal korttidsvårdsplatser på enheterna varierade mellan 5 och upp till 84 platser. De enheter som enbart hade korttidsvård var något mindre och hade mellan 6 och 22 platser. Vid undersökningstillfället var 87 procent av korttidsplatserna belagda (339 av 389 platser var belagda varav vi fått in uppgifter för 315 personer).

Beslut om inflyttning

För bistånd av kommunens tjänster krävs vanligen någon form av beslut. Alla utom en av enheterna erfordrar ett biståndsbeslut före inflyttningen. I det boende som inte krävde biståndsbeslut i förväg vid alla inflyttningar kunde, förutom biståndsbedömaren, också någon sjuksköterska besluta om akut intagning.

Att erhålla bistånd kan ibland vara kopplat till kriterier. Sjutton av korttidsboendena hade inga specificerade villkor eller kriterier som villkor för inflyttningen, medan sådana specificerade kriterier däremot fanns vid sex av boendena. Det rörde sig på vissa enheter om kriterier som var knutna till att man inte kunde uppfylla rimliga villkor för vård i hemmet. Några enheter hade kriterier som var knutna till vårdtagaren, t.ex. minst 65 år och demensutredd vid misstanke om demens eller skattad maximal längd på vårdinsatsen, t.ex. högst tre veckor.

Avgifter

Av de 17 kommuner (23 boenden) som ingick i undersökningen, hade sex kommuner (nio boenden) en fast avgift som omfattade både vården och måltiderna och som inte var inkomstprövad. Ytterligare fyra kommuner (fyra boenden) hade fasta avgifter utan inkomstprövning, men här skiljde man mellan avgift för mat och för vård.

Två kommuner (tre boenden) hade en annan avgiftskonstruktion som innebär att avgiften var fast men att det fanns olika nivåer av fasta avgifter. I den ena kommunen hade gifta eller sammanboende en något lägre avgift än ensamboende och i den andra (två boenden) hade man en lägre avgift om de boende hade hemtjänst sedan tidigare.

Sex kommuner (sju boenden) uppgav att avgiften var inkomstprövad men av dessa var det fem som hade en fast avgift för maten.

Det är svårt att jämföra avgifterna, eftersom de är så olika konstruerade, men som lägst kostade enbart maten, i de kommuner som skiljde på avgift för mat och vård, minst 46 och högst 82 kronor per dygn. De vårdavgifter som var inkomstprövade varierade mellan 0 och 100 kr/dygn. I de kommuner där allt ingick i avgiften varierade avgifterna mellan 0 och 159 kr/dygn.

Korttidsvårdens syfte

Som framgått av resonemanget i inledningskapitlet till denna rapport kan korttidsvården fylla många olika funktioner. För att få svar på frågan vad som är syftet med korttidsboendet kan man titta på orsaken till varför vårdtagaren vistas på korttidsboendet det vill säga för vilket ändamål platserna används.

Tabell 1. *Orsaker till inflyttning till korttidsboende/-vård.*

Orsak	Antal	Procent av enkäter	Procent av orsaker
Väntan på plats i säbo	94	30	17,3
Väntan på arrangemang i det ordinära boendet	30	10	5,5
Rehabilitering	121	38	22,3
Allmän omvårdnad inkl. näringstillförsel	62	20	11,4
Oro och nedstämdhet	31	10	5,7
Avlösning, enstaka tillfälle	27	9	5,0
Växelvård	60	19	11,0
Utredning	33	10	6,1
Översyn av läkemedel	27	9	5,0
Vård i livets slutskede	10	3	1,8
Sociala skäl	34	11	6,3
Övrigt	13	4	2,4
Vet ej	1	0	0,2
Totalt	543	184 %	100,0 %

Som framgår av Tabell 1 var rehabilitering och väntan på särskilt boende de orsaker som oftast angavs, men avlösning av anhöriga som orsak till korttidsvård, vid något enstaka tillfälle och som växelvård avgavs också relativt ofta. Det förekommer att man angivit flera orsaker. I genomsnitt har 1,8 orsaker till korttidsboendet uppgivits. För att göra materialet mer lätthanterligt har vi delat in det i ett färre antal grupper efter huvudsyftet med vistelsen. Här framträder då tre stora huvudsyften nämligen **rehabilitering**, **av-**

lösningsvård samt någon form av **organisatoriskt syfte** med korttidsvården. Dessa organisatoriska orsaker kan vara det som vi i inledningen i brist på bättre ord kallade väntrumfunktion dvs. väntan på plats i särskilt boende eller väntan på arrangemang i det ordinära boendet. Det kan också handla om att förhindra sjukhusinläggning genom att göra mindre utredningar, medicinöversyn etc. Personer som har rehabilitering och som väntar på något arrangemang i hemmet har förts till gruppen rehabilitering medan de som har rehabilitering och som väntar på plats i Säbo har förts till gruppen som huvudsakligen anses ha organisatoriska skäl för korttidsinsatsen. De fall där vi inte kunnat urskilja något tydligt huvudsyfte eller syftet inte passat in i något de tre huvudsyften som vi grupperat vårt material i har vi fört till gruppen **övrigt**. Det gäller bl.a. ett tiotal personer som vistas i korttidsboendet med palliativ vård.

Utifrån ovanstående indelning är de organisatoriska orsakerna till korttidsvård mest vanligt förekommande (38 procent) följt av rehabilitering (29 procent), avlösningssvård (22 procent) och övriga orsaker (11 procent).

Det finns några enstaka av de medverkande enheterna som har en ren rehabiliteringsinriktning och någon som har specialiserat sig på avlösningssvård. I de allra flesta fallen har man dock en mer eller mindre blandad verksamhet där ofta de organisatoriska skälen dominerar.

De personer som vistades på korttidsenheterna vid undersökningstillfället var mellan 40 och 100 år. Genomsnittsåldern på de boende var 81,5 år och det var något fler kvinnor (54 procent) än män (46 procent). Lika många var ensamboende (50 procent) som sammanboende (49 procent). Bland kvinnorna var det övervägande ensamboende (65 procent) som erhöll korttidsvård medan männen oftare var sammanboende (66 procent).

Det fanns inga ålderskillnader mellan de fyra olika huvudskälen till varför man vistades inom korttidsboendet. Bland dem som var på korttidsboendet på grund av rehabilitering och organisatoriska orsaker var det signifikant fler kvinnor som var ensamboende i jämförelse med männen. Som man kan förvänta sig var det vanligare att avlösning gavs till vårdtagare som var sammanboende och det var de sammanboende männen som dominerade i gruppen som utnyttjade korttidsboendet för avlösningssvård.

Det vanligaste var att vårdtagarna (49 procent) hade kommit till korttidsboendena via sjukhuset men nästan lika många (45 procent) kom från det egna boendet. Några få procent kom från andra kommunala boenden såsom gruppboende och sjukhem (2 procent) eller från annat äldreboende (3 procent). Enstaka personer kom från annan korttidsvård eller rehabilitering samt från vistelse hos anhöriga som givit stöd. Bland de 94 personer som väntade på plats i Säbo kom 38 procent från hemmet 8 procent från annan kommunal äldreomsorg och 54 procent från sjukhus.

Det var signifikant fler som kom till korttidsvård i rehabiliterande syfte från sjukhuset än från ordinarie boende. På samma sätt var det vanligast att de

som hade avlösningsvård kom från hemmet. När det gäller organisatoriska och övriga orsaker var det inte någon större skillnad varifrån man kom till korttidsplatsen.

Före inläggningen på korttidsboendet hade uppemot två tredjedelar (59 procent) insatser från den kommunala hemtjänsten medan en knapp tredjedel (29 procent) inte hade några sådana insatser. För de övriga saknades uppgift eller så var det inte aktuellt t.ex. för de personer som kom från annat särskilt boende till korttidsboendena. Det var 38 procent som hade hemsjukvårdande insatser före vistelsen på korttidsboendet (44 procent hade inte det och för 18 procent saknas uppgift). Hälften av dem som vistades på korttidsboendena hade haft dagliga insatser från anhöriga innan de kom till korttidsboendena (38 procent hade inte haft några anhöriginsatser och för 12 procent saknades uppgift. Med hänsyn till osäkerheten i uppgifterna om tidigare vårdinsatser blir också skattningen av andelen som fanns inom korttidsvården utan att tidigare haft någon hjälp av vare sig hemtjänst, hemsjukvård eller anhöriga osäker och varierar mellan 11 och 19 procent. Andelen som haft hjälp av såväl hemtjänst, hemsjukvård och anhöriga ligger mellan 17 och 34 procent.

Det fanns inga signifikanta skillnader i antalet vårdtagare som hade hemtjänst eller hemsjukvård före inflyttningen till korttidsboendet mellan de fyra grupperna med olika skäl för korttidsvården. Däremot var det som man kan förvänta sig signifikant fler i gruppen som hade avlösningsvård som hade haft dagliga insatser av anhöriga. Det var också signifikant färre i rehabiliteringsgruppen som hade haft anhöriginsatser innan korttidsvården, vilket kan tolkas som att rehabiliteringen många gånger följer på ett akut insjuknande, t.ex. fall eller stroke hos en person som tidigare klarat sig relativt bra.

Vid inventeringstillfället hade de boende varit på korttidsavdelningen allt ifrån en dag och upp till 533 dagar. Hälften av vårdtagarna hade vid mätningen varit på korttidsplatsen i 17 dagar. Efter tre veckor, som är ett vanligt riktmärke för den tid som biståndsbeslut brukar beviljas vid korttidsvård, var 54 procent av vårdtagarna fortfarande kvar. I medeltal hade vårdtagarna vistats på korttidsboendet i 37 dagar. En person hade varit på korttidsboende mer än ett år och 2–3 procent mer än ett halvår.

De som fanns i korttidsboendet med rehabilitering som huvudsyfte hade i medeltal varit i boendet 36 dagar. Det var främst vid avlösningsvård som man vistades på korttidsboendet riktigt kort tid, i medeltal 8 dagar. Personer som har växelvård, som dominerar i denna grupp (Tabell 1), är sällan inne i korttidsboendet längre än två veckor åt gången. Om man vistades på korttidsboendet av organisatoriska skäl hade man i medeltal varit i boendet 56 dagar och om man fanns där av övriga skäl hade man i medeltal varit där 50 dagar. Avlösningsvården utnyttjar korttidsboendet signifikant kortare tid än något av de övriga huvudskälen och rehabilitering får man under kortare tid än när man finns i korttidsboendet av organisatoriska eller övriga huvudskäl. Mellan de två senare finns det ingen skillnad.

Det finns ingen skillnad i vistelselängd mellan de som kommer till korttidsboendena från ordinärt boende jämfört med de som kommer från sjukhus, trots att många i gruppen som kommer från ordinärt boende får avlösningsvård.

Vårdtagarnas status

ADL förmågan hos vårdtagarna i korttidsboendena vid inventeringstillfället visade att de flesta (62 procent) klarade av att inta sina måltider på egen hand. En dryg fjärdedel (27 procent) behövde viss assistans t.ex. med att skära sönder maten och 11 procent behövde hjälp under hela måltiden.

Det var större andel bland de som hade rehabilitering och organisatoriska orsaker som huvudsyfte med korttidsvården som kunde äta själv. Bland rehabiliteringsvårdtagarna var det tre fjärdedelar (76 procent) som kunde inta sin måltid oberoende av andra. Det var flest vårdtagare som var inne av organisatoriska orsaker som behövde hjälp helt eller delvis under måltiden. Dessa kom i ungefär samma utsträckning från hemmet som från sjukhus eller annan vårdform.

När det gällde toalettbesök behövde 33 procent ingen eller minimal hjälp, 66 procent behövde assistans vid själva toalettbesöket eller hjälp med blöja eller kateter. De vårdtagare som var inne för rehabilitering klarade toalettbesöken bättre än övriga grupperna medan det var störst andel som var inlagda pga. organisatoriska faktorer som behövde hjälp med toalettbesöken. Det finns ingen skillnad mellan de som kom till korttidsboendet från hemmet eller från någon vårdform när det gällde förmågan att klara toalettbesöken själv.

När det gällde förflyttningsförmåga uppgavs att 20 procent av vårdtagarna kunde förflytta sig själv utan hjälp eller hjälpmedel. Med hjälpmedel kunde ytterligare 37 procent klara sig medan 40 procent behövde hjälp vid förflyttning, övriga har inte kunnat bedömas.

De flesta av de vårdtagarna som hade rehabilitering som huvudsyfte för vistelsen kunde förflytta sig själva om de använde hjälpmedel. Detsamma gäller för de vårdtagare som var på korttidsvård av organisatoriska orsaker. Det var främst i grupperna som erhöll avlösningsvård och organisatoriska orsaker som behövde personlig hjälp vid förflyttning i förhållande till de andra grupperna. De som kom till korttidsboendena från sjukhuset hade signifikant större problem med rörligheten än de som kom från ordinärt boende.

En hel del hade problem med den psykiska funktionsförmågan. Nästan hälften (48 procent) var glömska och behövde påminnelse eller vägledning för att fungera. Var tionde (10 procent) hade svåra minnesstörningar och kunde inte handla efter instruktioner och behövde handgriplig hjälp. En dryg

tredjedel (36 procent) hade dock inga betydande minnes eller orienterings-svårigheter.

De vårdtagare som hade den sämsta psykiska funktionsförmågan fanns bland de vårdtagare som hade organisatoriska skäl till vistelsen, medan den bästa psykiska funktionsförmågan fanns bland de vårdtagare som hade rehabilitering som främsta syfte. De vårdtagare som kom till korttidsenheten från hemmet hade mer problem med psykiska funktioner än de vårdtagare som kom via sjukhuset.

Så gott som alla vårdtagare (95 procent) hade en medicinsk diagnos. Enstaka personer hade inte någon medicinsk diagnos alls angiven och det fanns också en del där man inte kände till om de hade någon diagnos eller ej. För varje vårdtagare fanns möjlighet att uppge på förhand bestämda diagnoser men det fanns även möjlighet att göra tillägg. Uppgifterna om medicinska diagnoser är dock svårtolkade. Frågan om medicinska diagnoser kan ha tolkats olika. En del kan ha fyllt i alla diagnoser som vårdtagaren hade medan andra ser ut att ha fyllt i enstaka diagnoser aktuella för korttidsvården. Detta gäller kanske framför allt de diagnoser som angetts som övriga.

Det vanligast var att vårdtagarna hade någon form av hjärt-kärlproblem eller neurologisk sjukdom. Stroke TIA eller annan neurologisk sjukdom hade 40 procent. Hjärtproblem såsom hjärtinsufficiens, hjärtinfarkt eller bröstsmärtor förekom hos 34 procent av vårdtagarna. Sammanlagt var det 62 procent som hade antingen hjärt- kärlsjukdom eller neurologisk sjukdom. Det var signifikant fler vårdtagare som var på korttidsvård på grund av organisatoriska orsaker som hade stroke, TIA eller annan neurologisk sjukdom. När det gäller hjärtsjukdomar var det ungefär lika vanligt förekommande i alla grupperna. Det fanns inte heller några signifikanta skillnader mellan dessa diagnoser och om vårdtagaren hade kommit till korttidsboendet från hemmet eller från sjukhus.

En femtedel av vårdtagarna hade en diagnostiserad demenssjukdom. Dessa vårdtagare fanns framför allt bland dem som hade organisatoriska orsaker (70 procent) för vistelsen men också bland dem som erhöll avlösningvård (25 procent). Bland rehabiliteringsvårdtagarna fanns det endast en person med diagnostiserad demenssjukdom samt ytterligare några få i gruppen övriga. Det var signifikant fler som kom från hemmet som hade en demensdiagnos än från sjukhuset, vilket troligen kan vara relaterat till att de demenssjuka ofta vårdas i hemmet av anhöriga, åtminstone under sjukdomens första skeden.

Eftervård av frakturer kan vara en vanlig orsak till behov av rehabiliterande eftervård. Frakturer förekom hos 18 procent av alla korttidsvårdtagare. Om man ser till rehabvårdtagarna var det en knapp tredjedel av dessa (29 procent) som hade en fraktur. Frakturer förekom som man kan förvänta mest i rehabiliterings gruppen men även till stor del bland dem som hade organisatoriska skäl till vistelsen.

I ungefär lika utsträckning förekom diabetes (15 procent) tumörsjukdomar (11 procent), yrsel, svimning eller kollaps (11 procent), astma eller KOL (9 procent), infektion med feber t.ex. lunginflammation (11 procent). Diarré och kräkningar var sällsynt förekommande (4 procent). Bland de fria diagnoser som man kunnat ange under övrigt var de vanligaste problem med njurar och urinvägar (8 procent), reumatisk sjukdom (7 procent) och synproblem (6 procent).

Läkemedel

Så gott som alla (97 procent) hade något eller några läkemedel; inklusive salvor, ögondroppar m.m., ordinerade på stående ordination. Endast 1,5 procent hade ingen ordinerad medicin medan uppgift om mediciner saknades för några enstaka personer. Antalet ordinerade läkemedel varierade mellan ingen medicin alls upp till 21 olika läkemedel och i genomsnitt hade de som vistades på korttidsboendet sju läkemedel på stående ordination. Att ha fem läkemedel ordinerade var vanligast. Det fanns inga signifikanta skillnader i antalet läkemedel varken i förhållande till orsak till vistelsen eller om vårdtagaren kom från sjukhuset eller hemmet.

Personalmedverkan

Merparten av korttidsvårdtagarna hade i samband med vistelsen varit i kontakt med biståndsbedömare (69 procent) eller enhetschef (48 procent). Det var 38 procent som träffat både biståndsbedömare och enhetschef men 21 procent som inte träffat någon av dessa.

Så gott som alla vårdtagarna hade varit i kontakt med sjuksköterska (99 procent). Alla hade träffat antingen undersköterska (96 procent) och/eller vårdbiträde (81 procent). Att man haft kontakt med mentalskötare var ovanligt (6 procent).

Under korttidsvården hade två tredjedelar (66 procent) varit i kontakt med läkare. Det var vanligast att de vårdtagare som erhöll korttidsvård för rehabilitering eller av organisatoriska orsaker träffade en läkare. Det var inte så vanligt med läkarkontakter vid avlösningstvård, mindre än hälften av vårdtagarna hade haft kontakt med läkare under avlösningstiden. Det var signifikant fler som kom från sjukhuset än från hemmet som hade haft läkarkontakt under korttidsvården.

Två tredjedelar hade varit i kontakt med rehabiliteringspersonal (64 procent). Det var 62 procent som hade träffat arbetsterapeut och 57 procent sjukgymnast. De flesta av de vårdtagare som träffat rehabiliteringspersonal hade alltså träffat båda yrkeskategorierna.

Det var signifikant fler i de grupper som primärt hade rehabilitering eller organisatoriska orsaker till vistelsen, som träffat rehabiliteringspersonal än

de som hade avlösningsvård eller övriga orsaker. Det var också vanligare att de som kom från sjukhuset träffade rehabiliteringspersonal än de som kom från hemmet. Av de 121 personer som hade rehabilitering som primär orsak hade 40 personer (33 procent) inte träffat vare sig sjukgymnast eller arbetsterapeut vid undersökningstillfället. Av dessa 40 var det åtta personer som varit i korttidsboendet mindre än två veckor. De övriga hade alltså varit i korttidsboendet för rehabilitering längre än fjorton dagar utan att träffa rehabiliteringspersonal. Sju personer hade rehabiliterats längre än tre månader utan att träffa arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Det var mycket ovanligt att vårdtagarna hade haft kontakt med kurator, psykolog, logoped eller dietist under korttidsvården. Detta gällde även andra specialistfunktioner som nämndes t.ex. stomiterapeut, demenssköterska och dibetessköterska.

Planering för utskrivning från korttidsboendet

En knapp tredjedel (32 procent) av personerna på de belagda platserna hade ett fastställt datum för utflyttningen, 66 procent hade inte någon tidpunkt för utskrivning fastställt och för övriga saknas uppgift eller har man inte känt till detta datum. Det var signifikant fler som hade utflyttningsdatum fastställt som erhöll avlösningsvård än i de övriga grupperna. De flesta av dessa hade som nämnts växelvård och då vet man ju i regel också hur lång vård- eller boendeepisoden är.

För de vårdtagare där utskrivningsdatum var fastställt planerades de flesta (77 procent) att återvända till ordinärt boende och 21 procent till särskilt boende. Någon enstaka vårdtagare skulle vidare till sjukhus eller annan korttidsplats. Bland dem där utskrivningsdatum var fastställt var det som väntat flest vårdtagare från gruppen avlösningsvård som återgick till ordinärt boende där så gott som alla (98 procent) vårdtagarna skulle återvända till hemmet. Det var också en stor andel (80 procent) vårdtagare med rehabilitering som huvudsyfte som hade utskrivningsdatum bestämt. Det var signifikant fler (nästan tre gånger fler) som kom från hemmet som hade utskrivningsdatum bestämt än för dem som kom från sjukhuset. Det var signifikant färre med demensdiagnos som hade utskrivningsdag fastställd.

I och med utflyttningen från korttidsboendet hade särskilda insatser aktualiserats för 38 procent. För ungefär lika många (37 procent) hade inte något aktualiserats medan det för ca 22 procent ännu ej varit aktuellt att ta upp denna diskussion om framtida behov. De insatser som hade föreslagits var främst annat särskilt boende (26 procent). Annat som föreslagits var att sätta in hemtjänst (9 procent), eller utöka den, initiera eller utöka hemsjukvården (3,5 procent) eller att erbjuda växelvård eller annan avlösning (3,5 procent). För enstaka personer var det aktuellt att ordna bostad eller bostadsanpassning, att ge personlig assistent, att gå hem på prov, att få komma till en speciell rehabavdelning eller dagrehab. Det var framför allt för dem som var inne av organisatoriska orsaker och som skulle flytta in på särskilt boende

som insatser aktualiserats. Men det gäller även för 20 procent av rehabvårdtagarna och för de övriga mycket sällan.

Var korttidsvården motiverad?

Den vård och omsorg som gavs på korttidsboendet bedömdes i 64 procent av fallen krävt korttidsboendets kompetens. För 18 procent av vårdtagarna bedömdes att denna kompetens inte krävts och för övriga har det ej gått att bedöma. Det var dock ingen signifikant skillnad mellan de fyra orsaksgrupporna utan det förekom vårdtagare i alla grupperna där man bedömde att det inte krävt korttidsboendets kompetens.

För de två tredjedelar där korttidsvården ansågs vara motiverad, bedömde man i de flesta fallen (92 procent) att vistelsen var motiverad av sociala och/eller omvårdnadsmissiga skäl. För en mindre grupp (8 procent) ansågs vistelsen inte vara motiverad av den anledningen i övriga fall har man inte kunnat göra en bedömning. För alla vårdtagare som hade avlösningsvård ansågs vistelsen socialt motiverad. De vårdtagare där vistelsen inte bedömts vara motiverad av sociala eller omvårdnadsmissiga skäl kom både från sjukhuset och från hemmet.

För drygt hälften (53 procent) av dem där korttidsvården ansågs vara motiverad av sociala och/eller omvårdnadsmissiga skäl gällde det den boende själv. I 22 procent av fallen ansåg man att det var socialt eller omvårdnadsmissigt motiverat för anhöriges del och här dominerar som man skulle kunna misstänka avlösningsmisskäl för korttidsvistelsen. I 25 procent av fallen var korttidsvården motiverad för båda parter. Någon enstaka gång nämndes det att vistelsen var motiverad för det särskilda boendets skull, dvs. det boende som var vårdtagarens ordinära boende.

Den relativt lilla grupp som bedömts vara i behov av korttidsvård av andra än sociala och/eller omvårdnadsmissiga skäl hade som anledning främst väntan på plats i särskilt boende eller att man bedömde att vårdtagaren kunde ha fått samma vård och omsorg i hemmet eller i det särskilda boendet.

För 64 procent var vistelsen motiverad av medicinska skäl medan den inte var det för 33 procent, övriga har ej kunnat bedömas. I de fall man ansåg att korttidsvården var medicinskt motiverad var det främst för vårdtagaren själv 76 procent, i några fall (4 procent) den anhöriga och i 20 procent av fallen för båda parter skull. Det var framför allt vid avlösningsvård som vistelsen på korttidsboende inte ansågs vara motiverad av medicinska skäl men även för en del vårdtagare med organisatoriska orsaker.

För 6 procent av vårdtagarna var vistelsen varken motiverad ur medicinska, sociala eller omvårdnadsmissiga skäl. De flesta av dessa fall väntade på att flytta till permanent boende och för en mindre del att de skulle ha kunnat få denna vård i hemmet.

Diskussion

Denna undersökning av den kommunala korttidsvården är, såvitt vi vet, den första av sitt slag i Sverige. Rent allmänt kan man tycka det är otillfredsställande att en så omfattande verksamhet är så lite studerad. I perspektivet att korttidsvården tycks öka i omfång, kunde det också vara av godo med en diskussion om korttidsvårdens roll och funktion och vad som är motivet till att man på många håll bygger ut denna verksamhet. Att korttidsvården inte har studerats närmare kan bl.a. tänkas bero på, som vi nämnde inledningsvis, att antalet platser fluktuerar och att det är en verksamhet med många olika funktioner. Man kan ifrågasätta att detta är en sammanhållen verksamhet och hävda att det i själva verket handlar om flera olika verksamheter som ryms under samlingsbegreppet korttidsvård. Denna undersökning avser främst att spegla korttidsboendets roll och funktion. Nya frågor väcks bl.a. om vårdens innehåll och miljö och hur korttidsvården upplevs av dem som använder den, men på dessa frågor ger inte denna undersökning svar.

Urvalet bygger på speciella enheter med korttidsvård, på så vis har vi inte fått med den korttidsvård som sker på enstaka insprängda platser. Dessa vårdtagare vet vi inte så mycket om men man kan spekulera och anta att det är vårdtagare som är inne av organisatoriska skäl eller avlösning. Under alla omständigheter är det olämpligt att från de presenterade resultaten generalisera till korttidsvård i stort. I vårt urval var det trots allt varken vanligt med enheter som har enbart korttidsvård eller specialiserade enheter. Det fanns en väldigt stor spännvidd när det gäller hur många platser det fanns för korttidsvård på enheterna från några enstaka till långt över femtio.

Resultatet av undersökningen visade att det vanligen krävs ett biståndsbeslut för att få en plats i korttidsvården men att en korttidsvårdsplats i enstaka, troligtvis akuta fall, kan beläggas av en sjuksköterska. I dag vårdas äldre alltmer i sina egna hem och anhörigomsorgen är utbredd. Det borde vara en trygghet, både för anhörgivårdare och för den hjälpbehövande, att veta att det går att få plats på ett korttidsboende med kort varsel, när det sviktar, även under kvällar, nätter och helger. Att kunna komma till ett korttidsboende istället för att behöva använda akutsjukvården, när problemet inte är medicinskt, borde vara den skonsammaste lösningen för vårdtagaren. Den kommunala äldreomsorgen har som regel dygnet runt bemanning av sjuksköterskor medan biståndsbedömare och enhetschefer vanligen arbetar kontorstid. Det vore önskvärt att det alltid fanns akutplatser och att sjuksköterskor kan belägga platser i akuta situationer då inte biståndsbedömare och enhetschefer är i tjänst.

Vid denna kartläggning var 87 procent av platserna belagda. Vi vet ingenting om de lediga platserna, om det fanns stående akutplatser eller ej, eller om dessa platser var uppbokade och skulle beläggas strax efter inventering-

en. I undersökningen var det 21 procent av korttidsvårdtagarna som inte hade haft kontakt med enhetschef eller biståndsbedömare. Uppemot hälften av dessa var inskrivna i växelvård med på förhand bestämda tider för avlösningstvård och det är möjligt att vissa vårdtagare av detta skäl inte träffat enhetschef eller biståndsbedömare vid undersökningstillfället.

De vårdtagare som vistas i korttidsvården har en hög genomsnittsålder och diagnoser som många gånger är vårdkrävande. Det är inte förvånande att det är lite fler kvinnor än män eftersom kvinnorna lever längre än männen. Jämfört med personer som bor permanent i Säbo, t.ex. i Jönköping, är kvinnorna mindre överrepresenterade i korttidsvården. Det är intressant att se att den typiske avlösningstvårdtagaren är en samboende man, som troligen vårdas av sin hustru. De ensamstående kvinnorna var överrepresenterade bland hade rehabilitering och bland de som organisatoriska skäl väntade på plats i det särskilda boendet för äldre.

När det gäller avlösningstvård är det ju naturligt att de flesta vårdtagarna kommer till korttidsvården via hemmet. Vi såg att rehabiliteringstvårdtagarna företrädesvis kom från sjukhuset, men att det inte var så stor skillnad när det gällde övriga orsaker. Bland de som hade korttidsvård av organisatoriska skäl var det i stort sett lika vanligt att vårdtagarna kom från hemmet som från sjukhuset. Korttidsvården som en vårdform som framför allt fyller en funktion för de medicinskt färdigbehandlade får inget direkt stöd i denna undersökning.

De flesta hade haft någon form av hjälp före vistelsen i korttidsvården och för många som inte haft hjälp innan kan det plötsligt ha blivit aktuellt. När dessa vårdtagare skall tillbaka till hemmet finns behov av att samverka med anhängigtvård, hemtjänst och hemsjukvård.

Resultaten visar att vårdtagarnas fysiska och psykiska status ställer stora krav på vårdpersonalen. Det var en stor andel av vårdtagarna som hade vårdkrävande diagnoser som hjärt-kärlsjukdomar och neurologiska sjukdomar. Detta innebar att ADL förmågan var starkt begränsad för flera av vårdtagarna. Personalen måste assistera två tredjedelar av vårdtagarna vid toalettbesök, hjälpa 40 procent vid förflyttning och assistera nästan lika många vårdtagare mer eller mindre vid måltiderna. På de blandade enheterna, den stora majoriteten, behöver personalen samtidigt kunna vårda personer i livets slutskede, utföra viss rehabilitering, ge avlösningstvård och hantera personer med minnesstörningar. Klart över hälften hade ju i denna undersökning någon form av minnesstörning och en femtedel hade någon demensdiagnos, Samtidigt skall de ge vårdtagarna en bra dag med ett meningsfullt innehåll. Flera undersökningar visar brister just när det gäller rehabilitering och ett meningsfullt innehåll under vårdtiden (Socialstyrelsen 2001, Socialstyrelsen 2002).

Liksom i många andra studier, såg vi här att de äldre vårdtagarna hade ett stort antal regelbundet ordinerade läkemedel. Det ställer krav på läkarmedverkan i korttidsvården. Det var två tredjedelar bland vårdtagarna som hade

kontakt med läkare under vistelsen. Det var dock inte lika vanligt vid avlösningstvård, men man kan tänka sig att de som hade växelvård inte nödvändigtvis har behov av att träffa läkare vid alla tillfällena. En insats som syftar till att förbättra den äldres funktionsförmåga, t.ex. en vistelse vid en rehabiliteringsenhet, måste integreras i hemvården på ett planerat sätt för att göra största möjliga nytta. Här har situationen förändrats i och med Ädelreformen, då korttidsboende blev en typ av bistånd enligt Socialtjänstlagen, och där beslutandefunktionen hamnade hos kommunens biståndshandläggare. Många landstingsföreträdare, bl.a. läkarna i primärvården, fann plötsligt att de inte hade beslutanderätt beträffande ”intagningar” till korttidsboende/vård. Denna situation kompliceras ytterligare i kommuner som övertagit ansvaret för hemsjukvården, då läkaren inte med egen beslutanderätt kan använda en intagning till korttidsvården, som en del av en progressiv hemsjukvård. Speciellt kan detta drabba personer som behöver rehabilitering, som ofta hamnar mellan kommun och landstingsstolarna.

Det finns också en risk i att många olika läkare blir inblandade, nämligen att ingen tar det övergripande ansvaret. Läkarmedverkan är organiserad på olika sätt, t.ex. kan en korttidsvårdtagare vara knuten till sin primärvårdsdoktor under vårdtiden och inte till den läkare som besöker boendet. Det finns både för och nackdelar med detta då det kan vara positivt att vårdtagaren behåller sin ordinarie läkare, men också en risk då denna läkare många gånger måste luta sig mot sjuksköterskans information som grund för sina beslut eftersom det är föga troligt att ordinarie läkare kommer till korttidsboendet.

De kriterier som fanns för bistånd genom korttidsvården var inte särskilt specifika vilket tyder på att korttidsboendena inte hade en speciell inriktning. Ett specifikt kriterium skulle kunna vara rehabilitering och ett annat avlösning av anhöriga. Det var inte heller särskilt många enheter som hade någon speciell inriktning eller hade öronmärkta platser för olika ändamål. Enheter med inriktning mot en specialitet skulle troligen kunna ge en bättre vård och kunna ha en mer kompetent personal för sin specialitet. Vid en blandad korttidsvård kan det också vara svårt att motivera varför vården skiljer sig åt mellan olika vårdtagare t.ex. varför en vårdtagare får rehabilitering men inte en annan.

Det finns en del risker med att blanda vårdtagare med alltför olika orsaker till vistelsen. De som har demensdiagnos och i behov av korttidsvård bör vara på speciella enheter där vården är anpassad till deras funktionsnedsättning och personalen har kunskap om dessa sjukdomar. Att blanda dessa vårdtagare med icke demenssjuka är olyckligt för alla parter. De vårdtagare som hade sämst psykisk funktionsförmåga fanns bland dem som hade korttidsvård av organisatoriska skäl, och det finns ingen enhet som anger att de har korttidsvård speciellt inriktad mot personer med demensproblem.

En lösning skulle kunna vara att indela korttidsvården på liknande sätt som den indelning vi använt oss av i resultatet dvs. skilja mellan rehabilitering, avlösningstvård och annan form av korttidsvård av t.ex. organisatoriska skäl eller palliativ vård.

Eftersom de flesta vårdtagare som är på avlösningsvård eller får rehabilitering skall tillbaka till hemmet kanske dessa vårdformer skiljer sig från de övriga vårdformerna som mycket handlar om väntan och att problem skall lösas någon annanstans än där vårdtagaren finns. Det var ju ungefär lika många som tillsammans fick avlösning eller rehabilitering som de som hade korttidsvård av organisatoriska skäl och övriga orsaker, så det handlar inte om några små undergrupper. De som använder avlösning och rehabilitering tycks också vara de som utnyttjar korttidsvården under kortast tid, vilket skulle kunna vara en fördel vid en specialisering av vården. Enheter med dessa två vårdformer ger alltså en hastigare genomströmning medan korttidsboende av organisatoriska och andra orsaker som oftast har längre vårdtider. Detta skulle kunna användas som argument för att vika begreppet korttidsvård för dessa vårdformer men de kännetecknas också väl av sitt innehåll tjänar sannolikt i längden på att utvecklas som rehabiliteringsverksamhet respektive avlösning. Kanske kunde man samla avlösning och rehabilitering under samma tak. Studier har visat (Socialstyrelsen 2002) att många avlösningsvårdtagare och deras anhöriga önskar mer rehabilitering och ett meningsfullt innehåll under vistelsen. Detta leder till bättre trivsel hos vårdtagaren och underlättar för de anhöriga att lämna över vårdansvaret.

Man kan ha förståelse för att det finns ett behov av en väntrumfunktion i det kommunala systemet. I detta ligger i sig ingen konflikt. Problemet uppstår när man med korttidsvården har ett mer uttalat specifikt syfte, t.ex. rehabilitering. Den stora knäckfrågan är förstås om en verksamhet kan svara för dessa funktioner samtidigt. Alternativet är att verksamheten utgår från att man har öronmärkta platser, som tex. används för rehabiliteringsverksamhet och inget annat.

Detta ställer krav på underlag och flöden av patienter och kan i sin tur kräva att man behöver extra platser för väntrumfunktionen. Om man låter inriktning och funktion på korttidsvården flyta, får detta kraftiga negativa återverkningar på kvaliteten på verksamheten. Att endera veckan arbeta med rehabilitering, för att sedan fylla platserna med personer som väntar på permanenta platser i särskilt boende, eller är på väg hem igen efter akutsjukvårdsvistelse, utgör inte någon bra grund för en bra vård och omsorg. Att köpa enstaka platser kan förstås vara ett sätt att tillfälligt lösa underkapacitetsproblem beträffande väntrumsbehovet, men knappast någon långsiktig lösning av behov av mer specialiserad vård.

Men måhända finns ändå alternativa sätt att hantera detta dilemma. Man kan ju tänka sig att kommuner/delar går samman och utnyttjar en gemensam korttidsvårdsfunktion, för att gemensamt skapa ett nödvändigt patientunderlag. Den andra modellen skulle kunna vara att flytta på patienten inom korttidsboendet, t.ex. oberoende var man "bor över natten", kan man delta i den rehabilitering som utgör syftet för vistelsen. Denna ordning förekommer ofta inom akutsjukvården. "Öronmärkta platser" innebär således inte att en vårdplats måste vara exklusivt reserverad för enbart ett syfte. En variant av

detta tema är att flytta personalen till patienten, som också enligt detta alternativ skulle kunna få hjälp oberoende var man bor i korttidsboendet.

Ytterligare ett alternativ är förstås en tydlig uppdelning av korttidsboendets funktion; man har dels ett antal "akutplatser" för allehanda bruk i kommunen, dels har man ett antal platser öronmärkta för kortfristiga, strukturerade vistelser med en uttalad målsättning och där verksamheten har en tydlig specialiserad inriktning. Akutplatserna skulle kunna hjälpa personer att stanna i eget boende längre eftersom man visste att det fanns omedelbar tillgång till korttidsvård om något skulle falla hemma. Detta sätt att organisera korttidsvården kommer sannolikt kortsiktigt att innebära ökade kostnader, men ge ett större värde för både patienter, anhöriga och vårdpersonal och långsiktigt kunna skapa förutsättningar för en kostnadseffektiv äldreomsorg i kommunen.

Sammanfattningsvis bör alltså en specialisering av korttidsvården vara önskvärd ur kvalitetssynpunkt. Det är olyckligt att sammanföra så vitt skilda verksamheter som rehabilitering, avlösning av vård och terminalvård med korttidsplatser som behövs av organisatoriska skäl. Det kan vara orsak att tala om de olika formerna av vård eller boende som erbjuds under kort tid, var för sig som rehabilitering, avlösning och möjligen terminalvård och lämna betäckningen korttidsvård eller korttidsboende till den vård eller det boende som behövs av organisatoriska skäl. Det är förstås lättare att indela och specialisera korttidsvården i en större kommun/stad men även i mindre kommuner borde det gå att specialisera korttidsvården på olika sätt. En sådan specialisering ställer större krav på målsättning för vistelsen för individen och är sannolikt nödvändig för att garantera tillräckliga kvaliteter i vården.

Referenser

Alaby G. (1999). Vår framtid; Äldres vård och omsorg inför 2000-talet. Stockholm: Svenska Kommunförbundet, Kommentus.

Behr Y., Wiklund B. (2002). Omvårdnadshuset i Danderyd. Dokumentation Konferens korttidsboende 16–17/4 2002. Fortbildning AB.

Hanberg A., Lundqvist A., Sällström C., Lindqvist R., Asplund K. (2000). Korttidsvårdens framtid. Slutrapport från utvärderingen av försök med korttidsvård i Luleå. Umeå: Umeå Centre for Evaluation Research. Evaluation Reports No4.

Johansson L., Sundström G. (2002). Anhörigvårdens omfattning i Sverige. Socialmedicinsk tidskrift. 2002:2.

Lauvli M. (1996). Tur-retur sykehjemmet. Om korttidsopphold i sykehjem. Oslo: Norsk Gerontologisk institutt 1996/4.

Regeringens proposition. (1990). Ansvar för service och vård till äldre och handikappade m.m. Stockholm: Nordstedts.

Socialstyrelsen. (1986). Samordnad äldreomsorg. Boende, service vård. Stockholm: Socialstyrelsen 1986:1.

Socialstyrelsen. (1994a). Sjukhemmen efter Ädel. Verksamhetsuppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen. ÄDEL utvärderingen 94:11.

Socialstyrelsen. (1994b). Två års erfarenheter av Ädelreformen i några Norrlandskommuner. Stockholm: Socialstyrelsen. ÄDEL utvärderingen 94:6.

Socialstyrelsen. (1996). Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård. Stockholm: Socialstyrelsen. ÄDEL utvärderingen 96:6.

Socialstyrelsen. (1998a) Ädelparadoxen- sjukhemmen före och efter Ädelreformen. Stockholm: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:11.

Socialstyrelsen. (1998b). Kartläggning av avlösning och växelvård. Stockholm: Socialstyrelsen Anhörigprojekten. 1998:5.

Socialstyrelsen. (2001a). Närståendes vård av äldre. Anhörigas och professionellas perspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen, Anhörig 300.

Socialstyrelsen. (2002). "Då är det bara att ta nya tag". Avlösningvård i Jönköpings län. Stockholm: Socialstyrelsen, Anhörig 300.

Socialstyrelsen (2002). Äldre – vård och omsorg år 2001. Stockholm: Socialstyrelsen, Statistik socialtjänst 2002:3.

Hämtas på: www.sos.se/sos/stat.htm.

SOU. (1987). Äldreomsorg i utveckling. Stockholm: Allmänna förlaget SOU 1987:21.

SOU. (1999) Bo tryggt – Betala rätt: Särskilda boendeformer för äldre samt avgifter för äldre-och handikappomsorg. Stockholm: Fakta info direkt. SOU 1999:33.

Steiner A. (1997). Intermediate Care. A conceptual framework and review of the literature. London: King's fund.

Äldrelegationen. (1989). Ansvar för äldreomsorgen. Stockholm: Allmänna förlaget 1989:27.